

## UPOWAŻNIENIE

Ja, ....., PESEL: .....

(Imię i nazwisko pacjenta)

upoważniam:



.....,

(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą się dowodem osobistym (*seria i numer*) .....  
do odbioru dokumentacji medycznej lub wyników badań:

- RTG
- cytologii
- laboratoryjnych
- holtera
- historii choroby

które zostały wykonane dnia ..... w Przychodni ETER-MED.



lub do przesłania w/w dokumentacji medycznej e-mailem na adres:

.....

.....

(Podpis Pacjenta)

**Oświadczam, iż w dniu.....odebrałam (-em) (wysłałam) wyniki badań**

.....

(Podpis Upoważnionego)